

stenozą mitralną, większe – u chorych z upośledzoną czynnością lewej komory.

POSTĘPOWANIE PRZED ROZPOCZĘCIEM LECZENIA DIGOKSYNĄ

- ★ Należy oznaczyć stężenie kreatyniny i elektrolitów oraz wyrównać stężenie potasu w przypadku hipokaliemii. U chorych z zaburzeniami czynności nerek, o ile nie jest to ciężka niewydolność, stosuje się standardową dawkę digoksyny.

Jeśli sytuacja nie jest nagląca:

- ★ powinno się podać 5 µg/kg/dobę (zwykle dawka początkowa to 250 µg na dobę) i zalecić kontrolę po 1 tyg.

Jeśli sytuacja jest nagląca:

- ★ trzeba podać dawkę nasycającą digoksyny 500–1500 µg (w dawkach podzielonych przez pierwsze 24 godz.), zależnie od masy ciała pacjenta, 15 µg/kg masy ciała. Jeśli rytm komór nie jest odpowiednio zwolniony, po 24 godz. należy podać kolejne 5 µg/kg. Jeśli to nie zadziała, należy odstawić digoksynę.

Utrzymanie rytmu

1. Należy podać odpowiednią dawkę digoksyny, aby kontrolować częstość komór. U pacjenta z przeciętną masą ciała należy rozpocząć od 250 µg na dobę; zmniejszyć dawkę o połowę, jeśli stężenie kreatyniny w surowicy jest zwiększone, nawet umiarkowanie. Dawka 62,5 µg na dobę może być zbyt niska, jeśli nie jest to ciężka niewydolność nerek.
2. Trzeba sprawdzić stężenie digoksyny w surowicy, zanim zwiększy się dawkę do 500 µg na dobę (lub 250 µg na dobę u osób starszych). Docelowe stężenie wynosi 1–2 nmol/l. Warto pamiętać, że przy hipokaliemii nawet przy terapeutycznym stężeniu digoksyny może wystąpić jej toksyczne działanie.
3. Jeśli digoksyna w stężeniu terapeutycznym nie zwalnia skutecznie akcji komór, należy dodać małą dawkę beta-blokerów lub diltiazemu.

Uwaga: Digoksyna nie zwalnia akcji serca podczas wysiłku ani w innych sytuacjach, kiedy występuje wysoka aktywność układu współczulnego. Przed podjęciem dalszych działań związanych z szybką akcją serca należy sprawdzić, czy pacjent jest spokojny i wypoczęty.

Sytuacje szczególne

- (a) *Niewydolność serca.* Korzystne jest podawanie zarówno digoksyny, jak i beta-blokerów, ale beta-bloker należy wprowadzać ostrożnie (i dopiero wtedy, kiedy pacjent jest „wysycyony” digoksyną i stabilny).
- (b) *Nadczynność tarczycy.* U każdego pacjenta z migotaniem przedsionków o nieustalonej przyczynie należy ocenić czynność tarczycy. Tymczasowo należy kontrolować rytm, stosując beta-blokery. Pacjent będzie prawdopodobnie wymagał kardiowersji zaraz po wyrównaniu nadczynności tarczycy.
- (c) *Zespół Wolffa-Parkinsona-White’a.* Digoksyna i werapamil są przeciwwskazane.
- (d) *Zespół chorego węzła zatokowego.* Digoksyna, beta-blokery i blokery kanału wapniowego mogą pogorszyć sytuację. Konieczne jest wszczęcie stymulatora.

ORGANIZACJA OPIEKI NAD PACJENTAMI Z MIGOTANIEM PRZEDSIONKÓW W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO

- Częstość występowania migotania przedsionków wynosi 0,4% w ogólnej populacji, a 5% w grupie pacjentów powyżej 65 r.ż. (ACC/AHA/ESC, 2001).
- Należy zidentyfikować pacjentów z już rozpoznaniem migotaniem przedsionków, szukając przyjmujących digoksynę lub już oznaczonych jako chorych na migotanie przedsionków. W ten sposób można zidentyfikować ok. połowy chorych z migotaniem przedsionków (Sudlow, Rodgers, Kenny i Thomson, 1998) (zaletą tego sposobu wyszukiwania jest szybkość). Jednak tylko połowa pacjentów leczonych digoksyną ma migotanie przedsionków, dlatego chorych wyszukanych w ten sposób należy zbadać.
- Należy odszukać nowe przypadki, włączając do poszukiwań niemiarowe tętno stwierdzone w rutynowych pomiarach ciśnienia tętniczego (wpisy w książeczce pacjenta) oraz podczas badania pacjentów w wieku ≥ 65 lat, oraz wykonać EKG u tych, u których stwierdzi się niemiarowe tętno. W ten sposób można wykryć prawie wszystkie przypadki migotania przedsionków (czułość > 90%) (Sudlow, Rodgers, Kenny i Thomson, 1998). Jednak u mniej niż 1/4 pacjentów z niemiarowym tętnem stwierdza się migotanie przedsionków (Sudlow, Rodgers, Kenny i Thomson, 1998), dlatego konieczne jest potwierdzenie rozpoznania badaniem EKG. Badanie SAFE wykazało, że zmierzenie tętna u osób starszych prowadziło do rozpoznania migotania przedsionków u 6 na 1000 pacjentów w wieku ≥ 65 r.ż. (van Weert, 2007).
- Po uzyskaniu stabilizacji i przeprowadzeniu pełnej diagnostyki każdy pacjent wymaga kontroli 1 raz w roku. Należy oceniać obecność objawów, akcję serca, objawy uboczne oraz to, czy pacjent przyjmuje leki zgodnie z zaleceniem.
- W wieku 65 i 75 lat lub jeśli u pacjenta zostanie rozpoznana cukrzyca, nadciśnienie tętnicze lub choroba niedokrwienna serca, należy ocenić ponownie ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych. Dotyczy to chorych nieleczonych warfaryną.

NAPADOWE MIGOTANIE PRZEDSIONKÓW

Należy dostosować leczenie do stopnia nasilenia choroby.

- (a) *Pacjent z rzadkimi napadami i bez poważnych objawów lub z możliwością zapobiegania napadom przez unikanie czynników wywołujących, np. alkoholu lub kofeiny:*
 - bez leczenia farmakologicznego lub
 - *pill-in-the-pocket* (tabletki w kieszeni) do przyjęcia na początku ataku, jeśli pacjent kwalifikuje się do takiego leczenia (zob. poniżej). Badanie angielskie zaleca flekainid lub propafenon, ale tylko u pacjentów, u których skuteczność tych leków w przerywaniu napadów migotania przedsionków i ich bezpieczeństwo u konkretnego pa-